

Al Dirigente Scolastico dell ' I.C. DON LORENZO MILANI  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (\*)**

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)  
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in  
Materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**CHIEDE**

di poter usufruire dei benefici della legge 104/92 Art.3 c.3 per assistere il/la  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
quale \_\_\_\_\_ (indicare tipo di parentela rispetto all'assistito)  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
CF: \_\_\_\_\_ residente/domiciliato a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

**DICHIARA (\*)**

- **che la persona in situazione di handicap ai sensi della L.104/92 art.33 commi 5 e 7 dallo/a scrivente assistita non è ricoverata a tempo pieno o a lunga degenza presso struttura pubblica o privata;**
- **che nulla è cambiato rispetto all'anno scolastico scorso e che la documentazione è agli atti della scuola;**
- **che, essendo la prima richiesta, allega obbligatoriamente:**
  - fotocopia invalidità rilasciata dall'INPS;**
  - dichiarazione personale di prestare assistenza continuativa in via esclusiva o insieme a \_\_\_\_\_ dei permessi della legge 104/92;**
  - dichiarazione dell'altro fruitore, con specifica se dipendente pubblico o privato, allegando copia documento di identità;**

**AGEVOLAZIONI (per la rilevazione annuale PERLAPA):**

- **Avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita nell'anno \_\_\_\_\_;**
- **Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ percentuale \_\_\_\_\_;**
- **Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.**

Civitavecchia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

(\*) – soggetta a verifica a norma di legge e a cura dell'Amministrazione